

YARA RODRIGUES DE SÁ

**CARTOGRAFIAS FEMININAS: AVALIAÇÃO DA CONSTITUIÇÃO
DE UM GRUPO DE MULHERES NA ZONA NOROESTE- SANTOS**

SANTOS

2011

Yara Rodrigues de Sá

Cartografias Femininas: Avaliação da Constituição de um Grupo de Mulheres da

Zona Noroeste- Santos

Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção
de grau de psicólogo pela Universidade
Federal de São Paulo – Campus Baixada
Santista.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Flávia Liberman

Co-orientador: Prof^o. Dr. Mauricio Lourenção
Garcia

SANTOS

2011

Sá, Yara Rodrigues.

Cartografias Femininas: Avaliação da Constituição de um Grupo de Mulheres da Zona Noroeste - Santos, Yara Rodrigues de Sá. – Santos, 2011.

63f.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -
Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – Campus
Baixada Santista, 2011.

Curso: Psicologia

Orientador: Flávia Liberman

1. Mulheres 2. Dispositivo Grupal I. Liberman, Flávia
II. Cartografias Femininas: Avaliação da Constituição de um
Grupo de Mulheres da Zona Noroeste - Santos III. Unifesp –
Campus Baixada Santista.

CDD150

*Dedico esse escrito a todos os sujeitos em mutação
que fizeram da minha formação em saúde um “bom
encontro” com a vida.*

AGRADECIMENTOS

Sou grata à minha família biológica, principalmente a minha mãe pela coragem e determinação com que sempre viveu a vida, qualidades essas que criaram condições, materiais, de amor e de confiança para que eu pudesse concluir a graduação.

Aos alunos, mulheres e profissionais que participaram da constituição do Grupo de mulheres.

Ao meu grupo de extensão “Cartografias femininas: ações territoriais na ZN- Santos” que me possibilitou vivenciar a riqueza de um dispositivo grupal e seus desdobramentos em cada ser.

A minhas queridas terapeutas ocupacionais Viviane Maximino e Flávia Liberman, que generosamente vivem a humanização da saúde ao trabalhar com a formação de profissionais de saúde de forma transversal e sensível.

Ao meu co-orientador, que generosamente, entre as suas infinitas atividades acadêmicas, consegue em sala de aula ampliar o olhar dos alunos sobre suas próprias vidas e fazer supervisões pontualmente abrangentes.

A Luane C. Bastos e Rayssa Y. Nassif por terem enriquecido minha alma a cada manhã com olhos de um futuro bom.

Aos amigos André Rodrigues e Adriana Knopp que por muito tempo deram sustentação a minha jornada solitária.

Aos meus colegas da segunda turma de Psicologia, que gentilmente permitiram que eu entrasse em suas vidas e que me fazem a cada encontro agradecer por ter encontrado seres tão transformadores, apesar das dificuldades.

Nem tudo o que escrevo resulta numa realização, resulta mais numa tentativa. O que também é um prazer. Pois nem tudo eu quero pegar. Às vezes, quero apenas tocar. Depois, o que toco às vezes floresce e os outros podem pegar com as duas mãos.

Clarisse Lispector, *A Descoberta do Mundo*.

RESUMO

Cartografias Femininas: Avaliação da Constituição de um Grupo de Mulheres da Zona Noroeste- Santos

A Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista se estrutura em um projeto político-pedagógico muito particular de formação em saúde, e essa particularidade tem se mostrado muito fértil não só como lugar de formação e capacitação do trabalho em saúde, mas também como um espaço de abertura, criação e troca de potencialidades. A partir da constituição de grupo de mulheres, em 2009, estudantes, mulheres e profissionais de saúde tiveram novas formas de relacionar-se (consigo e com o outro) despertadas por esse dispositivo grupal. Assim, este projeto se propõe, a partir da cartografia, olhar para a constituição desse grupo como um disparador de processos de subjetivação e sinalizá-los para uma compreensão mais profunda desses processos. Para isso, serão analisados fragmentos dos relatos construídos pelos alunos dos cursos de Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional no 5º ou 6º semestre da graduação durante a sua atuação no grupo de mulheres, no período de agosto de 2009 a dezembro de 2010.

Palavras-chave: Mulheres, Dispositivo Grupal, Formação em Saúde.

SUMÁRIO

1. Apresentação.....	9
2. Introdução.....	16
2.1 Um panorama sobre a saúde da mulher.....	16
2.2 Modos de subjetivação: O dispositivo grupal.....	17
2.3 Sobre meu devir-cartógrafa.....	19
3. O Além-grupo.....	23
3.1 Encontro com a região: Pensando a vulnerabilidade.....	23
3.2 A formação em saúde: Colocando a vida em práticas.....	27
3.3 Pensando saúde e doença: A importância do discurso das práticas.....	32
3.4 O início da conversa: Redes na Atenção básica.....	36
4. O Grupo.....	42
4.1 Considerações sobre grupos: De onde partem os olhares?	42
4.2 Dispositivos em ação: Disparando sonhos, saberes e reflexões	49
5. Considerações Finais.....	55
6. Referências bibliográficas.....	57
7. Anexo I.....	61

1. Apresentação

O papel da mulher ao longo da história da humanidade sofreu transformações tão abruptas que não podemos deixar de notar o constante e silencioso adoecimento do gênero feminino. Simone de Beauvoir, filósofa humanista, em sua obra “O segundo sexo” (1984) lembra que gênero, diferentemente de sexo, não é algo natural; ele é construído pela cultura e pela sociedade. Portanto, entende-se que sexo e gênero são fatores distintos entre si.

De acordo com a história ocidental moderna, desenvolveu-se e instituiu-se uma divisão de trabalho entre homens e mulheres que, com a desculpa da maternidade, privilegiou o gênero masculino no setor produtivo, ficando a mulher destinada às funções secundárias e de menor remuneração ou até mesmo não remuneradas, acentuando-se sempre que seu papel prioritário deveria ser o de mãe, voltado para as atividades domésticas (Beauvoir, 1984).

Hildete Pereira de Melo em “O trabalho industrial no feminino” (2005) discorre sobre o panorama do papel feminino no mercado de trabalho desde o início do Mercantilismo.

No século XIX e início do século XX, nos países que se industrializavam, o trabalho fabril era realizado por homens, mulheres e crianças com jornada de 12 a 14 horas, em semanas de seis dias inteiros e freqüentemente incluindo as manhãs de domingo. Os salários eram irrisórios, as condições de trabalho eram as mais precárias possíveis. As trabalhadoras participavam das lutas gerais por melhorias

salariais, diminuição da jornada de trabalho e pela proibição do trabalho infantil, porém quando se tratava de igualdade salarial não eram levadas em consideração.” (Melo, 2005, p.33).

O Dia Internacional da Mulher, inclusive, é comemorado em homenagem às 125 operárias que morreram em um incêndio ocorrido na fábrica *Triangle Shirtwaist Company*, onde aderiram à greve por melhores condições de trabalho.

Melo (2005) comenta, ainda, que durante a Segunda Guerra Mundial os homens foram para os campos de combate e as mulheres acabaram por ir às fábricas ocupar os cargos dos operários. No final da guerra, quando os homens voltaram da frente de combate, tiveram que retomar seus postos de trabalho. Para isso, foram utilizados alguns conceitos da Psicologia e da Pedagogia que validassem a volta das mulheres ao seu ambiente doméstico. Scott Joan, em seu ensaio “A Mulher Trabalhadora”, comenta o quanto se investiu em estudos que corroborassem a necessidade da presença da mãe na construção da identidade das crianças, ou seja, o equilíbrio familiar estaria ameaçado pela sua ausência. (Scott, 2001)

Cristiane Soares e Sonia Oliveira, em seu trabalho “Gênero, estrutura ocupacional e diferença de rendimentos”, comenta que, nos últimos anos, as diferenças salariais entre homens e mulheres (com as mesmas profissões) tem crescido no Brasil, ao invés de diminuir. Nos centros urbanos, onde a estrutura ocupacional é mais complexa, a disparidade tende a ser pior. No *ranking* de igualdade política do Fórum Econômico Mundial de 2008, o Brasil está em 10º lugar entre 130 países. As mulheres têm 11% dos

cargos ministeriais e 9% dos assentos no Congresso — onde, das 513 cadeiras, apenas 46 são ocupadas por elas, que representam 52% da população (Soares & Oliveira, 2004).

A mulher tem seu cotidiano marcado pela constante tensão de conciliar uma atividade economicamente rentável com a vida familiar e, por vezes, ainda se sentir vulnerável aos perigos das ruas de um país com alto índice de violência contra a mulher. Assim, o gênero feminino tem em sua história a constante e veemente luta, tanto pelo seu reconhecimento quanto pela sua emancipação.

É importante destacar que as políticas de Saúde Pública previstas pelo Ministério da Saúde, a partir da publicação “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher” (Ministério da Saúde, 2004), visam abranger a assistência clínico-ginecológica da mulher, prevenção e controle das DSTs, planejamento familiar, orientação obstétrica e neonatal, orientação às vítimas de violência doméstica e abuso sexual, implantação de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero, atenção à saúde da mulher na terceira idade, da mulher negra, das trabalhadoras do campo e da cidade, da mulher indígena, das mulheres em situação de prisão e fortalecimento da participação e do controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres. Assim, há a necessidade de pesquisas que possam servir de referência para os múltiplos profissionais da saúde na implementação e execução dessas medidas que, na prática, ficam limitadas à saúde reprodutiva da mulher e à sua suposta fragilidade física e emocional.

A saúde pública e privada em nosso país tornou-se um grande mercado de produção de tecnologias e bens de consumo, o que inclui a formação de profissionais fragmentados e mecanicistas com uma percepção limitada da integralidade humana e de seus processos de saúde e adoecimento.

Estudos em Saúde Coletiva e o próprio Ministério da Saúde apontam a necessidade de avaliar a formação dos profissionais da saúde para que esses, por sua vez, possam ser capazes de aprender a trabalhar em equipe e a considerar a realidade social para uma melhor prática em saúde, atuando em confluência aos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, mostra-se fundamental o uso de outras metodologias de ensino, as chamadas “metodologias ativas”, pois essas possibilitariam a construção conjunta do conhecimento a partir de problemas reais, bem como a diversificação dos cenários e maior integração entre a teoria e prática (Feuerwerker, 2003; Mitre et al, 2008).

Dentro dessa realidade, insere-se a experiência de constituição da Universidade Federal de São Paulo Campus Baixada Santista. Nesse Campus, os cursos de Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional foram implementados em 2006 e estão sendo ministrados desde então. O projeto Político-Pedagógico desses cursos tem como norteadoras a formação e a atuação interdisciplinar e em decorrência disso, a estrutura curricular dos cursos está organizada em quatro eixos: Prática específica em Saúde, O ser humano e sua Dimensão Biológica, O ser humano em sua Inserção Social e Trabalho em Saúde.

O eixo “Trabalho em Saúde” possui grande centralidade nesse projeto Político-Pedagógico por estar em consonância com as diretrizes do SUS e com questões referentes a novas perspectivas de formação em saúde. Os estudantes desde o primeiro ano de graduação são inseridos em atividades que promovem maior aproximação ao campo, conhecendo as regiões da cidade de Santos e da sua população, bem como os serviços de saúde disponíveis na cidade, desde o início tentando articular a teoria e a prática. Os estudantes, além disso, são estimulados a assumir responsabilidades crescentes e a realizar intervenções e prestação de cuidado de acordo com o semestre letivo.

As atividades do eixo ocorrem durante os três primeiros anos da graduação e são distribuídas semestralmente de maneira articulada com os serviços de saúde e com as lideranças de movimentos sociais das regiões trabalhadas. Essas (Centro, Morros e Zona Noroeste) foram escolhidas por concentrarem populações que vivem em situação de vulnerabilidade social (Capozzolo et al, 2009).

O módulo “Clínica Integrada: Produção de Cuidado” do eixo “Trabalho em Saúde” tem como objetivo dar continuidade à formação de uma clínica integrada e comum aos vários campos profissionais avançando na produção e na gestão do cuidado individual e coletivo em saúde. Esse módulo semestral é componente curricular do 3º ano de graduação (5º e 6º termos) de todos os cursos e conta com diversas possibilidades de atuação: grupos, instituições locais e visitas domiciliares.

O grupo de mulheres na Zona Noroeste é uma iniciativa da Prof^a Dr^a Flavia Liberman, Prof^a Dr^a Maria Fernanda Petroli Frutuoso e Prof^a Dr^a Viviane Santalucia Maximino, co-responsáveis pelo estágio básico do eixo “Trabalho em Saúde” dos 5º e 6º termos. O grupo acontece na Unidade Básica de Saúde- Rádio Clube (Zona Noroeste) desde agosto de 2009 às quartas-feiras, no período vespertino, conforme a grade horária dos 5º e 6º termos. O grupo de estagiários é interdisciplinar contando com alunos dos seis cursos de graduação da UNIFESP- Baixada Santista: Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social¹.

A avaliação pretendida por esse trabalho de conclusão de curso visou retomar e ampliar três grandes marcos da minha graduação: a questão do gênero, o grupo como dispositivo nos processos de subjetivação e a inserção e atuação dos profissionais de saúde na atenção básica.

Estes são três grandes arcabouços teóricos que me encontraram em diferentes momentos da graduação e da vida, e que me proporcionaram, nesses dois espaços, outros infinitos encontros.

O encontro do grupo de mulheres, já citado anteriormente, dá-se num aparelho de Atenção Básica do município. É orientado por uma equipe de estudantes das diferentes especialidades, que muda a cada semestre e é supervisionado por uma terapeuta

¹ Curso ministrado a partir 2008

ocupacional e uma nutricionista e ainda se articula com o Programa Saúde da Família e a universidade. Apesar, desses desafios, que muitas vezes suscitam em alterações significativas de um semestre para o outro, algumas dessas mulheres continuam, desde 2009, a investir e a intervir nesse espaço coletivo.

Olhar para a ação que tem sido feita desde 2009 pelos estudantes da Unifesp e os diferentes encontros ocorridos nesse processo de constituição do grupo, que acontece na UBS- Radio Clube às quartas-feiras, é contar como meus três norteadores na formação, se/me encontraram, ao mesmo tempo, no módulo “Clínica Integrada: Produção de Cuidado”, e como isso repercutiu na minha formação profissional e pessoal desde então.

Assim, esse TCC pretende olhar para potencialidades desses encontros pelo olhar dos estudantes que assim como eu, participaram da constituição desse grupo e relataram essas experiências a partir de fotos, diários de campo e relatórios.

O que aconteceu nesses dois anos com essas mulheres? Será que um relatório, além de ser um instrumento de avaliação acadêmica, consegue narrar as vidas e os encontros tal como eles aconteceram? Como se chega e como se sai de uma experiência grupal? Como se produz novas formas de subjetivação? Como se percebe um dispositivo grupal?

2. Introdução

2.1 Um panorama sobre a saúde da mulher

Os estudos epidemiológicos abaixo apontam que alguns contextos bio-psico-sociais levam as mulheres ao adoecimento. Atualmente, tem-se um preocupante quadro de doenças nervosas e distúrbios alimentares, cuja prevalência é maior no gênero feminino (Pinzon & Nogueira, 2004).

Na pesquisa de Tuono et al (2007), foram estudados óbitos por causas violentas – estando descritas as mortes intencionais: suicídios e homicídios – no município de São Paulo, com o objetivo de caracterizar essa mortalidade segundo as reais causas de morte, relacionando-as com variáveis consideradas importantes do ponto de vista epidemiológico. Quanto à distribuição segundo sexo e idade, os coeficientes de mortalidade por suicídio foram crescentes de acordo com a idade no sexo masculino, sendo que, entre as mulheres, houve um pico no grupo etário de 20 a 29 anos.

Zago et al (2005) realizaram um estudo prospectivo sobre a mortalidade por câncer de mama em mulheres na Baixada Santista, entre 1980 a 1999. Houve um aumento significativo da mortalidade em todos os municípios da região ao longo do período estudado, sendo que a cidade de Santos apresentou os maiores coeficientes. Esses resultados demandam a realização de estudos específicos que possam identificar as causas deste panorama.

Garrido e Menezes (2004), em uma pesquisa que visou avaliar o impacto psicossocial de ser cuidador de idosos com demência em um serviço psicogeriátrico, relatam que esse problema de saúde no Brasil está crescendo rapidamente, e há carência de dados empíricos sobre o impacto dessa função em cuidadores informais. A pesquisa apontou, ainda, que os cuidadores eram predominantemente mulheres, filhas ou esposas, e co-residiam com seus pacientes.

Carret et al (2004) avaliaram os riscos de transmissão de Doenças Sexualmente transmissíveis (DST)/AIDS. Pessoas do sexo feminino, jovens e de cor não branca, bem como aquelas que não usaram preservativo na última relação sexual e que tiveram maior número de parceiros apresentaram maior risco de contrair uma DST. Este estudo mostrou uma prevalência importante de sintomas de DST em mulheres. Levando-se em conta que muitas DSTs são assintomáticas, estima-se que o problema é ainda maior; embora saibamos que deve haver mais casos de DST, não temos esses dados.

Esses recortes contextuais, mesmo breves, permitem avaliar a relevância da questão do gênero em diferentes contextos bio-psico-sociais.

2.2 Modos de subjetivação: O dispositivo grupal

Nos chamados grupos de mulheres, podemos dizer que há uma impossibilidade em se generalizar as diferentes respostas que as mulheres constroem, as diferentes demandas, expectativas, desejos, necessidades ao longo de sua existência: questões relacionados ao corpo, as relações com filhos, cônjuges, com os processos de amadurecimento, envelhecimento, as questões ligadas ao trabalho doméstico e ao trabalho fora de casa, lazer, atividades cotidianas e toda uma

gama de problematizações que emergem quando mulheres conversam e de fato podem ter uma escuta significativa. (Lieberman, et AL, 2009, p.7)

Essa variabilidade permitida pela grupalidade pode ser pensada a partir do conceito de grupo como um espaço de produção de subjetividades. Segundo Benevides:

Se tomarmos o grupo como dispositivo, acionamos nele sua capacidade de se transformar, de desterritorializar, irromper em devires que nos descolocuem do lugar intimista e privatista em que fomos colocados como indivíduos. O contato com a multiplicidade pode então fazer emergir um território existencial não mais da ordem do individual (seja aqui de um indivíduo, ou de um grupo), mas na ordem do coletivo.

Instaurar rupturas nas tendências totalizadoras, unificadoras e naturalizadoras abre possibilidades para novos processos de singularização. É aqui, acreditamos, que o grupo-dispositivo pode atuar como máquina de decomposição, a começar pela decomposição de sua pretensa unidade. (Benevides, 1994 p.151)

Nesse sentido, avaliar um grupo como dispositivo significa pensar que novas formas de produções subjetivas, afetações e existências são possíveis a partir do contato com o outro (Benevides, 1994). No caso das mulheres, que culturalmente tem seu gênero relacionado à ausência de autonomia, à fragilidade, ao descontrole emocional, à menor capacidade de produção em relação aos homens (entre outras construções homogeneizantes sobre os gêneros), o dispositivo grupal pode causar rupturas nessas subjetividades femininas que, cada uma a sua forma, foi formatada pelas estruturas capitalísticas de produção subjetiva.

Os grupos de mulheres tem sido uma estratégia utilizada desde o início do movimento feminista para trabalhar questões de gênero. O feminismo é o movimento social que surgiu no final da década de 1960 nos países de capitalismo avançado -Estados Unidos, França, Alemanha, Itália e Inglaterra- com o papel de questionar a divisão tradicional de

papéis sociais entre homens e mulheres e desnaturalizar o social, à medida que compreendia a identidade feminina como histórica e socialmente construída, e não biologicamente determinada (Meneghel et al 2005).

Os grupos representam um caminho para a construção de estratégias coletivas de resistência para as mulheres, são a estrutura básica de trabalho e de investigação, assim como uma instância de ancoragem do cotidiano. As forças interacionais internas dos grupos implicam sustentação e apoio socioemocional, no fortalecimento das interações emocionais, na comunicação aberta, no compromisso e responsabilidade, na participação efetiva e na construção de uma individualidade crítica (Meneghel *et al.*, 2000).

Portanto, na tentativa de contribuir com os estudos sobre a grupalidade, esse trabalho visou analisar os aspectos da constituição de um grupo de mulheres por meio dos relatos produzidos pelas equipes de alunos que participaram desta experiência.

2.3 Sobre meu devir-cartografa

Devir é o conteúdo próprio do desejo (máquinas desejantes ou agenciamentos): desejar é passar por devires. [...] Acima de tudo, devir não é uma generalidade, não há devir em geral: não se poderia reduzir esse conceito, instrumento de uma clínica fina da existência concreta e sempre singular, à apreensão estática do mundo em seu universal escoamento - maravilha filosoficamente oca. Em segundo lugar, devir é uma realidade: os devires, longe de se assemelharem ao sonho ou ao

imaginário, são a própria consistência do real. [...] Convém, para compreendê-lo bem, considerar sua lógica: todo devir forma um 'bloco', em outras palavras, o encontro ou a relação de dois termos heterogêneos que se 'desterritorializam' mutuamente. Não se abandona o que se é para devir outra coisa (imitação, identificação), mas uma outra forma de viver e de sentir assombra ou se envolve na nossa e a 'faz fugir'. [...]O devir é, em suma, um dos pólos do agenciamento, aquele em que conteúdo e expressão tendem ao indiscernível na composição de uma 'máquina abstrata'. (Zourabichvili, 2004, p.24)

Para melhor compreensão dos instrumentos que foram utilizados no presente projeto de pesquisa e de como ele atravessou minha análise dos dados, é necessário que se perpassasse pela definição da cartografia. A cartografia é um método proposto por Gilles Deleuze e Félix Guattari, que vem sendo utilizado em pesquisas de campo voltadas para o estudo da subjetividade, visando acompanhar um processo, e não representar um objeto. Em linhas gerais, trata-se sempre de investigar um processo de produção. Todavia, sua construção a partir de cada contexto não impede que se procure estabelecer algumas pistas que tem em vista descrever, discutir e, sobretudo, coletivizar a experiência do cartógrafo (Kastrup, 2007).

O método cartográfico “se faz por pistas que orientam o percurso da pesquisa sempre considerando os efeitos do processo do pesquisar sobre o objeto da pesquisa, o pesquisador e seus resultados”, considerando, ainda, toda pesquisa como uma intervenção (Benevides e Passos, 2009, p.17). Para esse entendimento, porém, é necessário que o cartógrafo entre no plano da experiência, não separando o fazer do conhecer e descartando

a neutralidade ou mesmo a suposição de sujeitos e objetos. Conhecer seria fazer, criar uma realidade de si e do mundo, o que teria consequências políticas (Benevides e Passos, 2009).

Pensando a partir disso, o presente trabalho utilizou como instrumentos os relatórios finais produzidos pelas quatro equipes de estudantes que participaram do grupo de mulheres desde seu início, em 2009. Os relatórios finais foram escolhidos pela sua variedade de dados, já que apresentam notas descritivas² e intensivas³, contendo, inclusive, falas que marcaram os estudantes durante cada encontro. Esses instrumentos se encontram no banco de dados criado pelo eixo Trabalho em Saúde da UNIFESP e foram cedidos para este estudo.

A pesquisa iniciou com a disponibilização dos relatórios produzidos pelas equipes de alunos durante o módulo “Clínica Integrada: Produção de Cuidado” do eixo Trabalho e Saúde, no período de agosto de 2009 a dezembro de 2010. O material foi organizado e lido, inicialmente em ordem cronológica. A partir dessa leitura minuciosa, foram selecionados temas e situações recorrentes nas diferentes equipes. Ao entrar em contato com esses relatórios, ficou muito claro que pensar a constituição do grupo a partir do olhar literário dos estudantes seria muito desafiador, pois a descrição singular da vivência de cada equipe como facilitadora do grupo, seus estranhamentos e composições estavam presentes logo no início dos relatos, por exemplo, na forma como contextualizaram a região. Deste modo,

² Descrição concreta dos encontros: espaço físico, tempo, atividades realizadas, pessoas participantes, etc.

³ Descrição subjetiva dos encontros: impressões pessoais e ou da equipe, situações marcantes, problematização da atuação e dificuldades.

optei por incluir na análise temas que categorizei como além-grupo, já que esses diferentes olhares sobre as mesmas questões acabaram por atravessar o grupo e as ações propostas por cada equipe às mulheres e ao território, ou seja, esses temas falam sobre o processo de constituição do grupo.

Por fim, a partir do material pesquisado, foram organizados dois conjuntos de categorias de análise: Além-grupo que se refere às perspectivas registradas pelos estudantes acerca do que, para eles, constituía o “ambiente” onde o grupo iria acontecer, às interpretações sobre possíveis “razões do adoecimento daquelas mulheres”, às tensões entre teoria e prática, às articulações que fizeram com outros espaços e projetos durante as atuações e o conjunto Grupo, que analisa as concepções de grupo e a ação do grupo como dispositivo.

3. O Além-grupo

3.1 Encontro com a região: pensando a vulnerabilidade

*Sou como você me vê. Posso ser leve como uma
brisa ou forte como uma ventania, depende de
quando e como você me vê passar.*

(Clarice Lispector)

O Eixo “Trabalho em Saúde” (TS) da UNIFESP Baixada Santista propõe a formação interdisciplinar e o trabalho em equipe dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo então, como prerrogativas, a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade da atenção.

Nesses 20 anos de implantação da política nacional de saúde, muitos autores tem estudado questões sobre território e a territorialização da saúde, enquanto metodologia para o entendimento e a ampliação do olhar sobre gestão e reformulação das práticas sanitárias. O território, pensado enquanto espaço de poder, e as territorialidades horizontais, verticais e transversais tem potencializado o saber-fazer junto às relações entre ambiente, condições de vida, concepções de saúde e acesso à rede de saúde e a seus desdobramentos saúde- cultura, saúde-educação e saúde-política (Gondim & Monken 2009).

Assim, desde o primeiro semestre da graduação, o eixo TS é responsável por levá-los a visitas a campo para que esses possam incluir esse olhar sobre territorialidade em sua

formação como ferramenta e tecnologia do trabalho em saúde. Essa aproximação, em geral, causa estranhamentos, e ao mesmo tempo facilita a ampliação do olhar sobre os processos de saúde e doença e os seus desdobramentos.

Todos os relatórios utilizados iniciam com a preocupação de descrever minimamente o território Zona Noroeste-Rádio Clube e de contextualizar o leitor sobre as condições bio-psico-sociais visando justificar a atuação do grupo com aquela população naquele lugar, conforme podemos observar nos trechos abaixo.

As condições sócio-ambientais em alguns locais, sobretudo na região das palafitas, são precárias e muitas pessoas da comunidade vivem nessas palafitas ou em casas humildes dispondo de poucos serviços como coleta de lixo, Programa Saúde da Família (PSF), quadras de futebol e vôlei nas praças, os cursos de costura e artesanato promovidos pela líder da Associação Pró-Melhoramento do Dique da Vila Gilda, Dona Néia. No entanto, não há serviços básicos em alguns lugares da região, como tratamento de água e esgoto, correios, pavimentação em várias ruas principais (o que causa grandes alagamentos em dias de chuva) e ainda há cavalos soltos pela rua colocando em perigo o trânsito e as próprias pessoas da comunidade. (Equipe 1)⁴

A exposição da população por longo tempo a essa situação insalubre somada a falta de assistência educacional, médica e econômica, favoreceu hábitos de vida inadequados e o desenvolvimento de doenças. As doenças mais comuns encontradas nesta população são Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes, Obesidade, Osteoartrite. (Equipe 2)

Na região da Zona Noroeste cerca de 2.300 famílias moram em construções precárias e irregulares em áreas alagadiças, sem infraestrutura adequada as palafitas acabam invadindo a região de

⁴ O texto dos relatórios foram citados de forma fidedigna, sem alterações ortográficas, de conceito ou termos.

rios e mangues, o que gera a maior poluição destes. Além disso a população fica exposta a riscos de saúde devido a falta de tratamento de esgoto e a grande quantidade de lixo que acaba por atrair animais nocivos ao homem, a exemplo, ratos e ratasanas.(...) No bairro Rádio Clube encontra-se a Unidade Básica de Saúde, que leva o mesmo nome, UBS Rádio Clube, esta faz 13 mil atendimentos em média por mês e possui em sua equipe cinco pediatras, três ginecologistas, quatro clínicos gerais, quatro dentistas e dois enfermeiros. (Equipe 3)

O Grupo de Mulheres se iniciou no ano de 2009, também por um grupo de TS, com trabalhos desenvolvidos na UBS Rádio Clube da Zona Noroeste. É um grupo de faixa etária heterogênea e aberto. É formado por moradoras da região, indicadas pelas agentes comunitárias de saúde, ou por indicação para continuidade do trabalho das narrativas feitas pelo 3º termo do Módulo. Atualmente, é frequentado assiduamente por 6 mulheres. Assim fazem parte:

- Eunice

Senhora aposentada, divorciada do marido, na faixa dos 60 anos e tem dois filhos que não moram com ela. Vive sozinha em um apartamento num conjunto habitacional da Zona Noroeste.

- Rose

Moradora da Zona Noroeste, no Caminho da Capela, frequenta o grupo de mulheres desde o início. (...)O que mais lhe causa sofrimento é a doença do seu marido, que demanda sua atenção praticamente em tempo integral.”

- Andressa

Jovem de 22 anos, participou do grupo grávida de seu segundo filho, que nasceu no período dos encontros. Recentemente, mudou-se da casa de sua mãe para morar com o marido e os filhos. Seu marido trabalha num supermercado da região, garantindo a renda da casa. O que mais a incomoda é a superproteção da sua mãe que segundo ela, está sempre por perto tirando-lhe a liberdade desejada. (Equipe 4)

A partir desses trechos, é perceptível o estranhamento causado por certos objetos do território e como esse estranhamento é colocado como condição para o adoecimento e risco da população “...e ainda há cavalos soltos pela rua colocando em perigo o trânsito e as próprias pessoas da comunidade” e “... favoreceu hábitos de vida inadequados e o desenvolvimento de doenças” . Entretanto é possível perceber a ampliação que a equipe quatro propõe, ao pensar, descrever e justificar sua atuação e o território a partir das mulheres do grupo e suas reais demandas: “Seu marido trabalha num supermercado da região, garantindo a renda da casa”, “Vive sozinha em um apartamento num conjunto habitacional da Zona Noroeste” e “O que mais lhe causa sofrimento é a doença do seu marido, que demanda sua atenção praticamente em tempo integral”.

Minha intenção em destacar os trechos acima é convidar o leitor a pensar o olhar do estudante frente à vulnerabilidade, seja da população, do território ou de si mesmo ao entrar em contato com algo que está fora daquilo que ele apreendeu como vida e saúde.

Lieberman e Tedesco (2008), em “O que fazemos quando falamos em Vulnerabilidade?”, contextualiza a construção do conceito de vulnerabilidade, deixando claro que, para pensar a vulnerabilidade é preciso ampliar o olhar e entendê-la a partir dos sujeitos, de seus repertórios e ferramentas para lidar com momentos e situações de crise, sejam essas situações disparadas em âmbito individual ou coletivo. Mais além, a autora nos convida a pensar a vulnerabilidade além de um ponto de risco e ruptura, como potencialidade de transformação e criação da vida.

Parece-nos que a vulnerabilidade deveria se aproximar mais e mais do próprio fato de estarmos vivos, portanto algo que vai além de uma situação ou condição específica para se avizinhar com os processos ora mais amenos ora mais intensos ou abruptos que fazem com que a vida se processe em um *continuum* atravessado por aspectos biológicos, afetivos, emocionais, genéticos, políticos, subjetivos, em uma multiplicidade de dimensões que não podem ser separadas ou fragmentadas em categorias, seja para facilitar a sua análise, seja para reduzir os processos da vida em setores pouco articulados entre si.
(Lieberman & Tedesco, 2008 p.258)

Acho interessante pensar o estar vulnerável dessa forma, pois deixa de ser uma força que amortece os estudantes, as equipes de saúde e as mulheres frente aos múltiplos desafios da vida, tornando-os demandas e objetos de intervenção simplesmente por se tratarem de rupturas na hegemonia do nosso pensamento.

Ao mesmo tempo, quando pensamos territorialidades que produzem o que denominamos de vulnerabilidade e desigualdade social, deve-se pensar que, dentro desses territórios, muitas vezes, não há reflexão adequada sobre suas relações, o que pode acarretar (a partir de uma leitura fatalista das condições de vida) em uma reprodução das mesmas práticas “vulnerabilizantes” e de rupturas sem potência alguma.

3.2 A formação em saúde: Colocando a vida em práticas

*Hoje me sinto mais forte,
Mais feliz, quem sabe
Só levo a certeza
De que muito pouco sei,
Ou nada sei
(Almir Sater)*

Em 2006, o Campus Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo inicia suas atividades cujo norteador é um Projeto Político-Pedagógico muito singular, que estrutura a graduação dos cursos de Nutrição, Fisioterapia, Educação Física, Terapia Ocupacional, Psicologia e, mais recentemente, Serviço Social. Sobre essas bases norteadoras, cabe aqui destacar duas premissas:

A prática profissional como eixo norteador do projeto pedagógico:
Nesse sentido, insere-se a discussão sobre a prática como eixo estruturante para o processo de ensino-aprendizagem: no processo de construção de conhecimento a prática necessita ser reconhecida como eixo a partir do qual se identifica, questiona, teoriza e investiga os problemas emergentes no cotidiano da formação. A prática não se reduz a eventos empíricos ou ilustrações pontuais. Lida-se com a realidade e dela se retira os elementos que conferirão significado e direção às aprendizagens(...).

A postura ativa do estudante na construção do conhecimento:
Parte-se da premissa de que a aprendizagem implica em redes de saberes e experiências que são apropriadas e ampliadas pelos estudantes em suas relações com os diferentes tipos de informações. Aprender é, também, poder mudar, agregar, consolidar, romper, manter conceitos e comportamentos que vão sendo (re)construídos nas interações sociais. (Unifesp, 2006)

Assim, é dentro desse contexto de ensino-aprendizagem que se insere a produção do material utilizado para o presente trabalho (relatórios dos alunos dos 5º e 6º semestres). A partir dos dados, é possível vislumbrar como essa formação é experimentada pelo estudante e a tensão permanente que é fazer essa composição entre teoria e prática, vida e demanda, comum e específico, etc. Muitas vezes, não fica claro se o que orientou a intervenção das equipes foi a produção científica sobre a população-alvo ou a demanda trazida pelo grupo de mulheres, como é explicitado nos trechos abaixo:

A partir de nosso levantamento bibliográfico, refletimos sobre possíveis temas e atividades que pudessem ser realizadas, a partir da demanda daquelas mulheres. (Equipe 1)

Após o contato direto com as mulheres da UBS e da região próxima, fizemos um levantamento bibliográfico sobre grupos de mulheres para nos aproximarmos do assunto, além de pensarmos em outras idéias que pudessem beneficiar a população local. (Equipe 1)

Os dados abaixo mostram a porcentagem de causas de internação, o que nos oferecem informações para conhecer melhor o perfil epidemiológico da cidade de Santos. Com base nesses dados podemos refletir sobre possíveis intervenções a serem feitas com o grupo de mulheres, tendo em vista as doenças que mais acometem as participantes. (Equipe 3)

Embora tenhamos optado por um calendário flexível, e que levasse em conta as demandas que viessem do grupo ao longo dos encontros, e também tenham ocorrido diversos imprevistos sempre havia um plano B para aplicar. (Equipe 3)

Nesse sentido, o trabalho de um grupo que se desenha baseado na clínica ampliada, na integralidade e humanização da produção de cuidado desempenha um papel fundamental na vida dessas mulheres a partir da escuta atenta e da configuração de um ambiente de produção de cuidado e vínculos sociais, promotores de estímulos para a busca da autonomia e o fim da solidão dessas mulheres. (Equipe 4)

É possível perceber ao longo dos relatórios a importância dessa tensão como processo de aprendizagem, e como esta nos ajuda a pensar a Educação Problematizadora proposta por Paulo Freire, que tem sido usada na educação de adultos.

Para as autoras de “Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas”, é importante romper as formas cristalizadas de aprendizagem na formação em saúde para que possamos resgatar as relações humanas enquanto perspectiva central do cuidado. Para isso, consideram eficaz a aprendizagem significativa como, por exemplo, a problematização de Paulo Freire definida como:

Na aprendizagem significativa, o aluno interage com a cultura sistematizada de forma ativa, como principal ator do processo de construção do conhecimento . O ensino de novos conteúdos deve permitir que o aluno se desafie a avançar nos seus conhecimentos. Para isso, é necessário um trabalho de continuidade e ruptura em relação aos conhecimentos que o aluno traz. O conteúdo novo deve apoiar-se numa estrutura cognitiva já existente, o que exige do professor, como tarefa inicial, verificar o que o aluno sabe, para, de um lado, relacionar os novos conteúdos à experiência do aluno – a continuidade – e de outro, provocar novas necessidades e desafios pela análise crítica, levando o aluno a ultrapassar a sua experiência, os estereótipos, as sínteses anteriores etc. – é a ruptura.
(Cyrino & Toralles-Pereira, 2004, p.782)

Na educação problematizadora, busca-se interpretar a realidade voltando-se à criação de espaços contra-hegemônicos e contestatórios que possibilitem crítica, algumas vezes radical, à realidade estudada. Constatando e conhecendo os problemas, tornamo-nos capazes de intervir na realidade. Esta é a força da problematização para Paulo Freire: a possibilidade de romper com uma leitura de dominação. Como aponta Berbel (p. 145), “está presente, nesse processo, o exercício da práxis e a possibilidade de formação da consciência da práxis. (...) É, portanto, uma proposta metodológica que propõe-se desvendar a realidade para transformá-la. Sua maior contribuição é a mudança de mentalidade, exigindo de todos os agentes sociais envolvidos no processo educativo a reavaliação de seus papéis, re-significando, coletivamente, o processo de ensino-aprendizagem. Há uma explicitação da intencionalidade política no ato de educar. A problematização insere-se numa concepção crítica de educação.”
(Cyrino & Toralles-Pereira, 2004, p.784)

Assim, ao levarmos em consideração o projeto político-pedagógico da Unifesp-Baixada Santista, à luz da produção de um cuidado que pensa a integralidade e a necessidade de se romper com as antigas práticas de saúde e de aprendizado, o trabalho com o grupo de mulheres se mostrou um locus privilegiado para a execução de práticas transformadoras dos paradigmas: teoria e prática, vida e demandas, comum e específico. Na descrição das experiências, é possível perceber que essas, ao menos, iniciam um processo de mudança, como podemos observar nos trechos abaixo:

Nesse sentido, percebemos que os nossos conhecimentos - importantes, mas não únicos- foram fundamentais para servirem de elementos para “forjarmos” durante o cuidado nossas ferramentas de intervenção junto com as participantes.(Equipe 1)

Nossas leituras ofereceram um aparato conceitual fecundo para nossas conversas e processo de cuidado através dos encontros, porém, foram surgindo questões que não imaginávamos como medo, histórias de vida singulares que ainda ecoam no dia a dia daquelas mulheres funcionando ora como alicerce para enfrentar a vida e ora como pontos de reflexão. (Equipe 1)

Devido ao modelo e intervenção adotado pelo grupo cada atividade proposta foi planejada a partir da demanda trazida pelas mulheres do grupo, sendo esse perfil de intervenção feito pelo nosso grupo nos 5 encontros.(Equipe 2)

Os resultados encontrados foram satisfatórios, embora não tenha ocorrido como prevíamos, fomos surpreendidos com diversas ações que foram gratificantes para os alunos e nos deu a certeza que atingimos o nosso objetivo maior que era constituir um grupo. (Equipe 3)

A partir dos fragmentos acima, lembrando que os relatórios são confeccionados por alunos dos cinco cursos (Nutrição, Fisioterapia, Educação Física, Terapia Ocupacional, Psicologia) e que a nome do módulo do eixo Trabalho em Saúde é “Clínica Integrada: Produção de Cuidado”, é possível afirmar que o campus Baixada Santista se mostra um potente campo de pesquisa sobre estratégias de ensino-aprendizagem na formação em saúde, interdisciplinaridade e trabalho em equipe, em consonância com a universalidade, a integralidade e a equidade previstas pelo SUS. Acredito que experiências como essas, ao serem estudadas e analisadas, possam cada vez mais nos aproximar dos limites da formação em saúde e das premissas do SUS citadas acima. Ao me referir a limites, penso que quanto mais nos aproximamos desses ideais normativos em nossa prática, mais nítidas ficam as barreiras e o que realmente precisamos superar (individual e/ou coletivamente), para que essa proposta aconteça.

3.3 Pensando saúde e doença: A importância do discurso das práticas.

*“Sorrisos e abraços espontâneos me emocionam,
palavras até me conquistam temporariamente, mas
atitudes me ganham para sempre”*

(Clarisse Lispector)

Acredito que uma das grandes potências em articularmos saberes das ciências humanas às práticas de saúde seja, justamente, a de buscar a compreensão da genealogia dessas práticas: origem, produção e discurso político implícito de cada prática. Assim, se buscarmos analisar os discursos que antevem às práticas, ou os que justificam posteriormente as práticas, creio que nos aproximaremos muito da concepção de saúde dos profissionais e, conseqüentemente, do que intenciona o seu trabalho em saúde.

Os recortes abaixo visam demonstrar que os alunos atuam a partir de uma concepção do que é saúde, e essa é colocada no texto justificando a sua presença e atuação naquele espaço:

Humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero. Contudo, é no encontro com sujeitos singulares que se produz o cuidado e a demanda aparece; com o grupo de mulheres não foi diferente. (Equipe 1)

Outro aspecto fundamental da intervenção é que, durante o processo, o cuidado não fica restrito a uma área específica do conhecimento, mas, sobretudo, na capacidade que cada membro do grupo tem de acolher as demandas que aparecem no momento da

intervenção; na capacidade de escuta e possibilidade de estar junto com as pessoas que se apresentam, uma vez que o sujeito não estando dividido por essa ou aquela área do conhecimento será sempre uma fusão de aspectos diversos a serem cuidados a partir da forma que este nos possibilita. (Equipe 1)

As histórias das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico. Por essa razão, a humanização e a qualidade da atenção implicam na promoção, reconhecimento, e respeito aos seus direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar. (Equipe 2)

Importância de se fazer o grupo na UBS, para que se tenha um olhar sobre o cuidado, sobre saúde, que não é só isso com o que estamos acostumados: Médicos, remédios etc. (Equipe 2)

Além dos profissionais de saúde outros fatores que interferem a qualidade de vida das pessoas são as condições de moradia, elas não reclamam de morar em palafitas - que para nós não é um ambiente muito saudável, pois a casa fica sob a água suja - ou coisas assim, mas reclamam de muitas vezes terem que morar com familiares que não possuem uma boa relação. (Equipe 3)

Nossas ações buscam mostrar a elas o quão o processo de saúde e doença é consequência de uma rede de fatores e não somente do agente, queremos construir atividades com elas e mostrar como são capazes e iguais as outras pessoas e não devem se submeter a imposição dos profissionais da saúde que lhes receitam drogas e mudanças no estilo de vida que são totalmente fora de suas realidades. (Equipe 3)

Nesse sentido, o trabalho de um grupo que se desenha baseado na clínica ampliada, na integralidade e humanização da produção de cuidado desempenha um papel fundamental na vida dessas mulheres a partir da escuta atenta e da configuração de um ambiente de produção de cuidado e vínculos sociais, promotores de estímulos para a busca da autonomia e o fim da solidão dessas mulheres. (Equipe 4)

Generalizar aquilo que cada uma viveu, a cada encontro, seria errôneo, mas são evidentes os sinais do quanto é importante, cada

uma com suas significações, aquele espaço de escuta. Proporcionar aqueles momentos de desabafos, choros e risos foi abrir um novo espaço para mulheres que já não enxergavam saídas em seus ambientes habituais. Foi propiciar atenção, foi propiciar saúde. (Equipe 4)

Nos discursos acima existem muitas hipóteses do que é saúde e do que faz uma mulher adoecer. Em “Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde” (Ayres, 2001), o autor fala da importância de questionarmos a noção de sujeito que temos levado às nossas práticas em saúde: esse sujeito amorfo, que vive na mesmice e não “segue as orientações”, que precisa de um profissional mais informado para orientá-lo. Ele pontua que essa postura profissional está muito distante do ideal de SUS e da autonomia que temos tentado criar nas “populações-alvo” das intervenções que visam a promoção de saúde.

A linguagem tem papel fundamental na atuação, para Ayres, se pensarmos que esse sujeito é um ser em comunicação (em relação). Assim, a intervenção em saúde seria a de se colocar como interlocutor desse sujeito potente, autônomo e político, não como cartilha de informações a pessoas desinformadas. O grande desafio de se ver como interlocutor, e não como promotor de saúde, é o de se fazer entender a partir da troca, ou seja, questionar a própria linguagem e a própria escuta, que deixa de vir de um ser impotente e passar a vir de um sujeito desejante (Ayres, 2001).

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele.

Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de

felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde. (Ayres, 2001, p.71)

Além da discussão referente às concepções de saúde e doença, os dados trazem formas de pensar a tristeza e a depressão, representadas pelos trechos a seguir:

Uma das participantes, Solange, apresentava vários problemas como: dores nas articulações, obesidade, episódios de depressão e hipertensão. Rose, companheira inseparável de Solange, nos relatou somente após o segundo encontro sua luta contra episódios de depressão e busca por uma alimentação saudável e questões relacionadas à aparência. (Equipe 1)

Durante os encontros, foi possível identificar que as mulheres participantes, apresentam um nítido sentimento de desânimo e solidão. A tristeza, por vezes, é um problema comum entre elas podendo até mesmo ser confundida com a depressão. (...) Observa-se que todas as mulheres do grupo em algum ponto sentem-se solitárias, com poucas possibilidades de manter diálogos no seio familiar e muitas delas colocam a frente o cuidado da família em detrimento do seu próprio cuidado e de maneiras de diminuir a solidão que sofrem.” (Equipe 4)

“Depressão” é uma terminologia usada na classificação de doenças presente nos manuais de psiquiatria, o CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), por exemplo. Nesse manual, a Depressão é caracterizada como:

F32 Episódios depressivos

Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em

geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e frequentemente idéias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos "somáticos", por exemplo, perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave. (OMS-ONU, 2006)

A partir dos textos acima, é imperativo destacar a relevância do discurso sobre o que é saúde e o que é doença nas práticas de saúde. Na equipe um, a terminologia “depressão” é usada pela equipe sem o questionamento se realmente o que é sentido pelas mulheres é depressão, ou seja, se há de fato uma doença psiquiátrica. Na equipe quatro, a equipe fala sobre desânimo, solidão e tristeza que são situações vividas e sentidas por toda a humanidade. O objetivo aqui não é julgar o discurso correto ou o errado, mas diferenciá-los quanto à relação saúde-doença neles implícita e ao seu atravessamento na prática.

3.4 O início da conversa: Redes na Atenção básica

Se todo encontro é "possível" no sentido em que não há razão para desqualificar a priori certos caminhos e não outros, todo encontro nem por isso é selecionado pela experiência (certas montagens, certos acoplamentos não produzem nem mudam nada).

François Zourabichvili, 2004, p.53

Durante a leitura atenta dos relatórios, foi possível localizar ao menos uma tentativa de cada equipe de fazer articulações com a rede na qual as mulheres participantes do grupo, a população alvo e/ou a UBS estavam inseridos. Essas tentativas de tecer, acionar ou rastrear uma rede estão relacionadas com a integralidade do cuidado proposta pela formação, mas falam também sobre uma aposta na continuidade do cuidado e na atenção primária como um espaço potente de constituição dessa integralidade.

Pesquisadores de vários países tem se debruçado sobre a organização dos sistemas de saúde e se percebeu que esses se configuraram (ao longo dos séculos XIX e XX) de forma a conter situações agudas de adoecimento. No entanto, uma avaliação epidemiológica e demográfica mais atual aponta que, hoje, os países desenvolvidos e sub-desenvolvidos possuem uma grande demanda imediata do cuidado de pacientes crônicos. (Mendes, E.V., 2010) Assim, Mendes (2010) pontua o desafio vivido por muitos países, de organizar o sistema a partir da atenção primária de qualidade, que atuaria como coordenadora do sistema de redes, tendo como premissas a atenção à saúde baseada na população, a estrutura operacional centralizada na atenção primária, por exemplo, Programa Saúde da Família, e por último os modelos de atenção à saúde, definido a seguir com palavras do próprio autor:

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.
(Mendes, 2010, p.2302)

Mendes (2010) finaliza seu texto citando algumas experiências em que a implantação de um sistema de redes foi avaliada apresentando resultados ótimos em relação ao cuidado alcançado nesse tipo de organização dos serviços de saúde. Dessa forma, esse tipo de tentativa no Brasil tem tido bons resultados, mas existem poucas pesquisas dentro dessa modalidade. Por isso, o objetivo desse capítulo é destacar as tentativas embrionárias desses estudantes de atuarem como articuladores de micro-redes, na intenção de proporcionar um cuidado mais eficiente e integral, a exemplo dos trechos abaixo:

Além da dificuldade de formar um grupo, percebemos como é um trabalho lento e de construção feito paulatinamente. Mais difícil ainda é vincular um grupo a uma instituição pública, como uma UBS, à que já existem diversas concepções relacionadas, difíceis muitas vezes de desenraizar. Além disso, tivemos pouco apoio dos funcionários no que diz respeito à divulgação e encaminhamento para o grupo. (Equipe1)

Conjuntamente com as ações do grupo, visamos a realização de trabalhos mensais nos corredores da Unidade Básica Rádio Clube, não com um objetivo de intervenção pontual, mas sim como forma de mobilizar os usuários do serviço para a presença e participação no grupo. (Equipe 3)

Nesse período em que aconteceram os encontros do Grupo de Mulheres, tivemos a oportunidade de dialogar com pessoas da equipe da Unidade Básica de Saúde Rádio Clube. Primeiramente, procuramos Dagoberto, que até pouco tempo era enfermeiro chefe das equipes, para contextualizá-lo sobre a proposta do Grupo de Mulheres e solicitar encaminhamentos de mulheres que precisassem desse atendimento. Ele propôs que fossemos na reunião das agentes comunitárias de saúde numa sexta-feira, onde foram três alunas da Terapia Ocupacional acompanhadas pela professora Lúcia. Nesse espaço, foi possível falar sobre o grupo e pedir que cada agente comunitária pensasse se na sua área de abrangência existe alguma mulher para ser encaminhada. (Equipe 4)

Os efeitos desse contato, foi a participação de algumas das próprias agentes em um dos encontros do grupo, como Dagmar e Ritinha, e ainda o encaminhamento de um caso para acompanhamento individual nas casas com perspectiva de participação futura no grupo. (Equipe 4)

Nesses quatro trechos, as equipes mostram a intenção de se articular com a equipe da unidade básica da saúde Radio Clube, e é possível perceber que, ao longo do processo, com a presença das equipes de estudantes na unidade, isso foi construído. Enquanto a primeira equipe de alunos expressa sua frustração em relação aos profissionais da unidade (“Além disso, tivemos pouco apoio dos funcionários no que diz respeito à divulgação e encaminhamento para o grupo”), a equipe quatro parece ter conseguido iniciar essa composição com a equipe local (“Ele propôs que fossemos na reunião das agentes comunitárias de saúde numa sexta-feira, onde foram três alunas da Terapia Ocupacional acompanhadas pela professora Lúcia. Nesse espaço, foi possível falar sobre o grupo e pedir que cada agente comunitária pensasse se na sua área de abrangência existe alguma mulher para ser encaminhada”) e caminhar na techedura dessa micro-rede (“Os efeitos desse contato, foi a participação de algumas das próprias agentes em um dos encontros do grupo, como Dagmar e Ritinha, e ainda o encaminhamento de um caso para acompanhamento individual nas casas com perspectiva de participação futura no grupo”).

Ainda sobre articulações e rastreamento da população-alvo, o trecho abaixo fala sobre a importância de conhecer o território (tema abordado no capítulo “Encontro com a região: pensando a vulnerabilidade”) e legitimar o saber produzido nele, propondo trocas e composições.

Os alunos Davi, Suzana, Elizabeth, Irina, Sara e André (único que já conhecia a região entre os estudantes) juntamente com os professores, conheceram a região.(...) E conversaram/ conheceram líderes da comunidade de seus trabalhos dentro desta.

1)Arte no Dique: Conversamos com D. Helena, fundadora do projeto que ensina crianças na arte da percussão.

2) Associação “da D. Néia”: A associação estava fechada, mas a encontramos em frente à sede da UBS Radioclub.

3) Espaço da Tia Egle: O espaço é dividido entre uma creche da Prefeitura, o próprio Espaço da Tia Egle e uma sede do PSF”.
(Equipe 2)

Além dessas formas de articulação, existiu a preocupação dos alunos com a continuidade do cuidado em saúde proposto pelas equipes de estudantes e em compor com ações da Unifesp coexistentes no território da Zona Noroeste, como é possível perceber nos trechos abaixo:

A turma B do eixo trabalho em saúde (TS) somou forças ao grupo de mulheres formado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Rádio Clube – Zona Noroeste, e alguns alunos da turma A permaneceram e houve ainda a chegada do professor Ricardo Gomes de educação física contribuindo com o grupo através de suas experiências e conhecimento.⁵ (Equipe 2)

As atividades realizadas pelo grupo visavam a implementação e consolidação do grupo de mulheres iniciado pelos estudantes da turma A. (Equipe 2)

A fim de possibilitar o aumento de participantes buscaremos informar e convidar mulheres que já estiveram ou estão envolvidas

⁵ Turma A e Turma B correspondem a equipe 1 e 2, respectivamente.

com outras intervenções do eixo Trabalho e Saúde Unifesp, por exemplo: narrativas, atendimento domiciliares, extensão e etc. (Equipe 3)

Acredito que o desafio de facilitar a formação de um grupo de mulheres na atenção básica e fazer com que essa experiência possa se somar a outras ações territoriais (como uma opção ou um caminho a seguir) é, de alguma forma, pensar a integralidade como um mapa singular da cada sujeito cuidado, em que quanto mais se conhece sobre os caminhos existentes, mais se permite caminhar, ou seja, o cuidado acontece como uma interlocução sujeito-mundo, um diálogo cuja escuta pretende proporcionar opções de saúde antes não vistas pelo sujeito cuidado, e que oferece a ele a opção de experimentar, criar e decidir sobre sua vida, e a esse experimentar dou o nome de “saúde”.

4. O Grupo

4.1 Considerações sobre grupos: De onde partem os olhares?

*Todos os dias é um vai-e-vem
A vida se repete na estação
Tem gente que chega pra ficar
Tem gente que vai pra nunca mais
Tem gente que vem e quer voltar
Tem gente que vai e quer ficar
Tem gente que veio só olhar
Tem gente a sorrir e a chorar*

(Maria Rita)

O objetivo dessa parte do texto é enunciar os diferentes “olhares” dos alunos sobre o grupo e as teorias grupais que apareceram, por vezes implicitamente, em seus relatórios. Para isso, faz-se necessária uma breve contextualização dos saberes produzidos sobre grupos e sobre qual desses saberes parte essa análise.

As atividades grupais, com finalidades e formas diversas de se desenvolver, estão presentes em várias áreas do conhecimento como na Educação, no trabalho, na saúde e na Psicologia (Barros, 2009 apud Langbecker). É a partir do século XX que os estudos sobre grupo como um espaço terapêutico começam a advir, e são permeados pela ideia de indivíduo constituída ao longo dos séculos XVI a XIX (Barros, 1994). Tiveram ampla colaboração dos psicanalistas, psiquiatras e suas formas de pensar o grupo como um ser dotado de inconsciente e dinâmicas próprias (Bezerra, 1994).

É consenso de importantes autores⁶ que essa forma de pensar o grupo, com uma interioridade e uma totalidade que supera seus componentes, fala sobre o funcionamento de uma época que opera as subjetividades desse modo. Portanto, não é a partir desse conceito de grupo (dicotômico, psicanalítico, total e repleto de sentidos nele mesmo) que essa análise pretende caminhar; o grupo pensado aqui é um dispositivo de desindividualização, permitindo a atividade criativa de outras formas de subjetivação além dessa indivíduo-sociedade, público-privado, consciente-inconsciente (Barros, 2009).

A minha escolha nesse trabalho, de pensar o grupo como um dispositivo, não é apenas um trajeto pessoal; ela surge a partir das descrições dos alunos que, quando se referem ao processo de constituição do grupo, utilizam-se da palavra “dispositivo” para remeter ao grupo e à sua funcionalidade, como podemos observar nos trechos abaixo:

Dentro dos demais objetivos específicos como conhecer e estabelecer aproximações com a população alvo, implantar um dispositivo grupal de apoio e especializado a mulheres da região e estudar, conhecer e praticar coordenação, acompanhamento, registro e intervenções com um grupo de mulheres a partir do dispositivo grupal obtivemos um bom avanço individual e grupal possibilitando a permanência do grupo de mulheres em 2010. (Equipe 2)

O grupo de mulheres é um dispositivo que está sendo implantado desde o ano passado na UBS Rádio Clube, e visando assim a continuidade e fortalecimento deste projeto pré existente buscamos contribuir com seu desenvolvimento através da busca de canais de comunicação (enfermeiras e agentes de saúde da UBS, líderes da comunidade e através das próprias participantes do grupo) para a

⁶

Deleuze, Barros e Bezerra.

mobilização de mulheres que se beneficiariam do dispositivo grupal, mas ainda não se encontram nele, ou seja, através da busca do aumento do número de participantes beneficiados. (Equipe 3)

O trabalho em grupo foi escolhido por ser um dispositivo que favorece a interação e troca de informações, sentimentos e percepções entre os usuários, favorecendo a formação de novas redes de suporte e de fortalecimento das que já existem na vida social e familiar destas mulheres, possibilitando assim um maior apoio social em momentos de dificuldade econômica, social ou de saúde. (Equipe 3)

O olhar o grupo como “dispositivo que favorece a interação e troca de informações, sentimentos e percepções entre os usuários”, “dispositivo que está sendo implantado” e “dispositivo grupal de apoio e especializado a mulheres da região” é explícito nos relatórios de maneira muito recorrente, e não houve outra forma de se conceituar o grupo de forma tão direta. Entretanto, é possível localizar no material analisado considerações sobre o grupo que remetem, muitas vezes de forma implícita, a outras conceituações teóricas, como podemos observar nos trechos abaixo:

O nosso grupo de mulheres é um grupo que sugere, que mostra as demandas, conscientemente ou não. Sendo assim, consideramos que antes de traçar um plano de ação, a equipe de alunos vá até as mulheres, conheça-as, crie um certo vínculo inicial e perceba sobre qual assunto elas consideram importante tratar. (Equipe 1)

Solange Maria dos Santos Caetano tem 47 anos e reside com seu marido, é uma mulher muito alegre, batalhadora e bem disposta à participar das atividades propostas pelo grupo. Ela é uma pessoa que gosta muito de conversar, as vezes assumindo o papel de porta voz do grupo. (Equipe 3)

Passado o desafio de ter realmente um grupo, tínhamos o desafio de encontrar assuntos que pudessem ser agradáveis a todas elas, o que se mostrou simples de fazer, pois dentro de toda a diversidade de personalidades destas mulheres que participam do grupo pudemos

perceber que seus medos, dificuldades , angústias e desafios são comuns a todas. (Equipe 4)

No primeiro trecho, o “grupo que sugere, que mostra as demandas, conscientemente ou não” remete a uma tradição da psico-sociologia de pensar os grupos a partir da psicanálise, ou seja, o grupo como um ser dotado de inconsciente, ou o grupo como enunciator dos inconscientes de seus componentes (Costa,1989). Como já foi comentado acima, essa forma de se pensar o grupo diz de um modo de produção de subjetividades produzido ao longo de séculos que o coloca como instância dotada de mundo interior, além do ambiente-coletivo e social em que se insere.

Nos trechos seguintes, temos um conceito “porta-voz” e uma ideia sobre a intervenção no grupo que remete às contribuições do psiquiatra e psicanalista argentino Pichon-Rivière. O grupo, para esse autor, é composto por pessoas que possuem necessidades semelhantes e se reúnem em torno de uma tarefa específica, um objetivo comum, em que cada componente é singular e exercita sua fala, sua opinião, seu silêncio, expondo o seu ponto de vista (Freire, 2000). Essa definição se assemelha à ideia de que “dentro de toda a diversidade de personalidades destas mulheres que participam do grupo pudemos perceber que seus medos, dificuldades , angústias e desafios são comuns todas” utilizada pela equipe quatro, ou seja, para esses alunos apesar da singularidade de cada mulher existem necessidades comuns que fazem com que elas façam uma tarefa em comum, o grupo. Pichon-Rivière, dentro da sua conceituação sobre grupos operativos,

nomina também os papéis que compõem o grupo e são manifestados pelos participantes. São eles: “líder de mudança”, “líder de resistência”, “bode expiatório”, “representantes do silêncio” e “porta-voz” (Freire, 2000). A intenção aqui não é verificar se o conceito foi usado corretamente pela equipe, mas destacar que, se tratando de grupalidade, as teorias e conceitos se apresentam implicitamente, dizendo sobre uma forma histórica e hegemônica de se pensar o grupo e seus desdobramentos, tanto pelas profissões quanto pelo senso comum.

Verificou-se também, no trecho abaixo, uma preocupação na equipe três em explicitar a busca de referências teóricas sobre trabalhos com grupos; essa busca se apresentou em todas as equipes, mas os estudos eram majoritariamente restrita a população-alvo (mulheres) e ao território.

Buscamos utilizar este grupo como um “espaço potencializador de encontros e contato com o outro, de questionamentos e indagações, de elaboração e trocas, de identificações, de confrontos”. (SAMEA, 2008, p. 86). Guanes & Japur (2001) colocam que “o grupo constitui-se como espaço terapêutico ao possibilitar a atuação de determinados fatores terapêuticos que ajudam o indivíduo em sua tomada de consciência como ser social” (p. 135), sendo que estes fatores terapêuticos podem ser a ação interpessoal, a autorrevelação, o autoentendimento, a aceitação/coesão grupal, etc. (Equipe 3)

Outro trecho redigido pela equipe quatro indica que, ao longo dos semestres, o grupo se constituiu como objeto de estudo e alvo das intervenções: “Demonstraremos ao longo do trajeto que aquele grupo não é um grupo para mulheres, mas um grupo de mulheres, onde cada uma com sua importância compõe o sucesso de tal”.

Esses trechos acima são os poucos que explicitam olhares diferentes daqueles iniciais, que pontuam o grupo como dispositivo. Dos outros vários trechos que falam sobre o grupo, praticamente todos descrevem os encontros e as ações a partir de um dispositivo. Essa forma de conduzir as ações é feita implicitamente, mas foi assim considerada por mim, já que a construção dos relatos mostrou-se atenta aos processos produzidos pelos componentes do espaço grupal, e esse é o tipo de ação de um dispositivo: produzir processos.

O dispositivo é uma meada, um conjunto multilinear, composto por linhas de natureza diferente. E, no dispositivo, as linhas não delimitam ou envolvem sistemas homogêneos por sua própria conta, como o objeto, o sujeito, a linguagem, etc., mas seguem direções, traçam processos que estão sempre em desequilíbrio, e que ora se aproximam ora se afastam uma das outras. Qualquer linha pode ser quebrada – está sujeita a variações de direção – e pode ser bifurcada, em forma de forquilha – está submetida a derivações. Os objetos visíveis, os enunciados formuláveis, as forças em exercício, os sujeitos numa determinada posição, são como que vetores ou tensores. (Deleuze, 1996, p.1)

Os trechos abaixo elucidam esse olhar atento nos processos, nas transformações sutis ou mais destacadas das mulheres e do grupo. Além disso, é perceptível o reconhecimento por parte das equipes de que perceber e legitimar esses processos (“não se restringiu apenas à pergunta” e “A nona atividade foi algo que surgiu do interior do grupo”) faz parte do trabalho em saúde proposto para aquele grupo de mulheres.

Feitas estas atividades, conversamos com as participantes para que elas nos relatassem o que haviam achado da realização destas dinâmicas, sendo que, a maior parte das mulheres, não se restringiu apenas à pergunta que o grupo havia feito, que era “o que é ser mulher para você”, mas começou a relatar diversos acontecimentos de sua vida particular e falas e/ou atos de outras pessoas que as incomodavam. (equipe 1)

A nona atividade foi algo que surgiu do interior do grupo, sendo proposta por uma das integrantes (Solange), que mostrava interesse em compartilhar seus conhecimentos sobre costura. Foram confeccionadas diversas flores de fuxico. Todas as mulheres participaram inclusive Irene e Eunice, que através de auxílio dos alunos, puderam confeccionar suas próprias flores, mesmo possuindo limitações de movimento em uma das mãos. Neste dia, os alunos puderam perceber de forma mais explícita em que momento se encontrava o grupo: agora mais unido e estruturado. (Equipe 3)

A nosso ver, o grupo se encontra muito mais consistente e formado do que no início do semestre, e isto pode ser visto através de pequenos gestos como a maior preocupação umas com as outras, estabelecimento de conversas mais espontâneas, realização de atividades de maneira mais integrada e natural e também na menor necessidade de intervenções dos alunos para que as atividades do grupo ocorram. (Equipe 3)

Era evidente na fala de cada uma no início, o quanto sentiam suas vidas deslocadas delas mesmas. No decorrer de todo processo, construído e desconstruído mutuamente, foi permitido acima de qualquer outro objetivo o direito a fala, o direito a liberdade de seus sentimentos. (Equipe 4)

Em continuação com a idéia de perceber e permitir os processos como forma de trabalho em saúde, a partir alguns trechos é possível vislumbrar a mobilização que o processo vivenciado pelo grupo de mulheres causa nos alunos. Acredito que essa mobilização dá sentido à própria vivência da aprendizagem explorada durante todo esse trabalho. Processo esse que como apontado anteriormente (nas categorias além-grupo) é marcado por contradições, tensões e variadas “linhas”.

A experiência foi muito importante e válida para cada um de nós, muitas vezes nos emocionando bastante. Todo o grupo se envolveu demais e cada pessoa envolvida soube reconhecer a importância e o que pôde aprender com o outro, com uma história

de vida, com um comentário, com uma pergunta, uma resposta, uma discussão. (Equipe 1)

Generalizar aquilo que cada uma viveu, a cada encontro, seria errôneo, mas são evidentes os sinais do quanto é importante, cada uma com suas significações, aquele espaço de escuta. Proporcionar aqueles momentos de desabafos, choros e risos foi abrir um novo espaço para mulheres que já não enxergavam saídas em seus ambientes habituais. Foi propiciar atenção, foi propiciar saúde. (Equipe 4)

4.2 Dispositivos em ação: Disparando sonhos, saberes e reflexões

*Eu escrevo sem esperança de que o que eu escrevo
altere qualquer coisa. Não altera em nada...
Porque no fundo a gente não está querendo
alterar as coisas. A gente está querendo
desabrochar de um modo ou de outro...*

(Clarice Lispector)

Em complemento ao que foi dito até então, é pertinente fazer considerações sobre os elementos que compõem os dispositivos e suas bases teóricas. A ideia de dispositivos de poder e saber construída por Foucault remete a noção de que a subjetividade é produto da sociedade, ou seja, as palavras, imagens, corpos, pensamentos e afetos de todo e qualquer indivíduo são produzidos por esses dispositivos, e é a partir do olhar desse autor que Deleuze denomina alguns elementos que constituiriam a “ação de um dispositivo”. São eles: “Linhas de visibilidade e enunciação”, “linhas de forças” e “linhas de subjetivação”.

As primeiras dizem sobre a característica que um dispositivo tem de deixar ver e

falar as formas dominantes de subjetivação de uma época histórica. O regime de saber-poder de uma sociedade produziria os objetos e os sujeitos pensados e construídos, que não dependem de um sujeito revelador; ele apenas vê e é visto conforme as condições desse estrato dominante, que é retificado pelas linhas de força produzidas na dimensão do poder-saber. Tais linhas tencionam-se incessantemente, a fim de dar visibilidade e afirmação aos objetos produzidos pelo estrato. Assim, temos as linhas de subjetivação, que são “as linhas de invenção de modos de existir⁷”; é onde se dão os processos de subjetivação, que, ao ocorrerem, ganham a visibilidade enunciativa no dispositivo (Barros,1997).

É importante pensar que essas linhas estão emaranhadas e que o grupo pensado como um dispositivo permite-nos explorar os objetos já visíveis, e fazendo isso ao mesmo tempo em que refletimos sobre esse enunciados, as linhas de força podem ser visualizadas. Dessa maneira, as linhas de subjetivação capturadas pelo dispositivo podem ser “desnaturalizadas”, ganhando outros movimentos, criando, portanto, a possibilidade de o sujeito fazer novos agenciamentos, conhecer outros enunciados e dispositivos.

O grupo não tem relação com a vida privada dos indivíduos que se reúnem em determinado espaço, por um certo tempo, para cumprir certos objetivos. Ele é (ou pode ser) um dispositivo quando trata de intensificar em cada fala, som, gesto, o que tais componentes acionam das instituições (sociais-históricas) e de como nelas constroem novas redes singulares de diferenciação.

Tentar-se-á um escutar\agir sobre a multiplicidade dos modos coletivos de semiotização traçando, em cada momento, o percurso dos encontros, a produção

⁷

Barros em “Dispositivos em ação: O Grupo” p.187

das rupturas. Fazer confluir os pontos de ebulição com base nos quais novas bifurcações sejam possíveis é tentar abrir possibilidades de desordenação do modo de produção de subjetividades capitalísticas. (Barros, 1994, p.154)

Com base nessas considerações sobre grupo-dispositivo e nas discussões até o presente momento, o grupo de mulheres facilitado pelos alunos da TS nos traz elementos importantes para pensar tanto a experiência grupal quanto a experiência de aprendizagem e formação desses alunos que, ao meu ver, ultrapassaram a proposta técnico-hegemônica do trabalho em saúde, de localizar a partir de saberes as demandas, ou promover, a partir do grupo, “maior apoio social em momentos de dificuldade econômica, social ou de saúde⁸”.

A aprendizagem, assim como o grupo, constituíram-se a partir de processos de: desnaturalização, deshierarquização, criação, contato com o diferente (sem despotencializar a diferença). Acredito que o próprio grupo de mulheres permitiu que, ao longo do seu processo de constituição, as equipes pudessem vivenciar diferentes processos de aprendizagem e contato com as forças de composição daquele grupo (território, saúde, doença, mulher, vida, prática, saberes, redes, etc).

Os trechos abaixo falam um pouco desses novos agenciamentos permitidos pelos dois processos (constituição do grupo e aprendizagem). Temos alguns espaços deshierarquizantes, em que as mulheres foram apresentadas à coordenadora do serviço de

⁸

Equipe 3 – citado no capítulo anterior.

saúde; as professoras participam do grupo de mulheres como mulheres e as mulheres se propuseram coordenar uma atividade do grupo.

Raquel⁹ chega no grupo e é apresentada para as mulheres participantes, que não a conheciam. Raquel fala sobre a terapia comunitária, que ocorre nas quintas-feiras. (Equipe 2)

A professora Maria Fernanda¹⁰ disse “medo” ao caminhar pela UBS com os olhos vendados. O curioso foi que mesmo tendo a sensação de conhecer muito bem a UBS, a professora sentiu dificuldade em dizer a localização nas áreas interna e externa da unidade. Enquanto ela caminhava por dentro nas salas de espera todos olhavam admirados e curiosos sobre o que estaria acontecendo. Maria transpareceu ter gostado muito da atividade. (Equipe 2)

As mulheres conseguiram terminar as suas capas. Solange fez um “porta-caneta” na sua. Flávia¹¹ perguntou que nome dariam às suas capas. Apenas Solange, Rose e Flávia responderam que os nomes seriam Tropical, Natal e Obra Inacabada, respectivamente. (Equipe 2)

Outra coisa interessante de realizar no grupo é deixá-las coordenar a atividade, assim podem perceber que não somos as pessoas que coordenam o grupo, mais também somos participantes deles, mesmo que os discentes tenham homens, por exemplo a Andreza deu a idéia de um dia fazer atividades de culinária, no qual ela ensinaria o grupo a fazer uma torta, multimistura (pastoral da criança). (Equipe 4)

Foram agenciadas também outras formas de expressão:

⁹ Coordenadora da UBS- Radio Clube.

¹⁰ Professora doutora da Unifesp

¹¹ Professora doutora da Unifesp

Foi debatido também a questão da atividade da “dancinha do guli guli” ter sido realizada no encontro anterior com a dona Dirce transparecendo sentir-se contrariada. A idéia que ficou no grupo neste segundo encontro é que ela gostou da brincadeira por ter solicitado a dancinha no final das atividades. Deixando no grupo a reflexão se Dona Dirce realmente num primeiro momento não gostou por estar num dia desfavorável ao toque, se ela acostumou-se a dancinha presente nos encontros anteriores ou apenas mudou de idéia e começou a gostar. (Equipe 2)

Durante todo o processo foram tiradas fotos das mulheres, dos alunos e das flores confeccionadas, sendo que uma das integrantes do grupo de mulheres (Kátia) passou a registrar a sua visão em relação às mulheres através das fotos. (Equipe 3)

A atividade foi realizada constantemente no decorrer de todas as visitas, tendo como ferramenta a utilização de poemas relacionados a tristeza e discussões sobre eles. Houve também a leitura de textos sobre companheirismo e mudanças que desencadearam desabafos sobre situações que aconteceram nas suas vidas. Num dos encontros, uma das participantes trouxe textos com os quais se identificava. (Equipe 4)

Abriram-se possibilidades de pensar sobre sonhos e desejos:

Rose também trouxe um livro antigo, atribuindo grande valor ao objeto e pediu para entregar para o aluno André¹² de psicologia. O livro tinha como título “Como Cuidar das Neuroses”. O grupo achou interessante a participante se interessar pelo conteúdo do livro. Rose contou alguns planos futuros ao grupo como fazer o curso de pedreiro, outro de gesso e voltar a estudar, isso evidenciou grande motivação. (Equipe 2)

Foi um momento de proporcionar algo realmente distante do já vivido de cada uma, permitindo fazer com que pensassem pelo menos na possibilidade de abertura para novas experiências. Colocar esse assunto em análise fez com que elas estabelecessem

¹²

Aluno de psicologia da equipe 1

paralelo com outros assuntos que encaram todos os dias, mas que tentam manter camuflados, pelo medo do novo, das mudanças.

E ainda, alunos e mulheres criaram novos espaços para aprender e compartilhar suas vidas:

Teve a chegada de uma nova participante (Roselma) com seu neto Rian. Essa chegou tímida, curiosa com a movimentação e Flávia foi recebê-la. Roselma disse que veio a UBS apenas para marcar uma consulta e no final acabou saindo com um livro de Receitas confeccionado por ela mesma. (Equipe 2)

Dirce para Susana¹³: “É a primeira vez que eu faço isso (colagem)!” (Equipe 2)

Arte no Dique – Foram realizadas três visitas na Associação, sendo que somente numa delas, as mulheres puderam estar presentes. No começo, elas demonstraram resistência sobre a proposta, já que era algo novo e diferente para o grupo. Mas ao longo da visita foram se descontraindo e empolgando-se, chegando a tocar juntas os instrumentos, cantar e relembrar músicas que fizeram parte das suas vidas. (Equipe 4)

A atividade foi composta de exercícios de respiração, relaxamento e alongamento sentados, para que as pessoas que se encontravam sentadas na sala de espera também pudessem participar. Os alunos aproveitaram o contato com as mulheres na sala de espera para apresentar e convidá-las para o grupo. A aceitação da atividade na sala de espera foi grande, e chamou a atenção de todos que passavam pela UBS. (Equipe 3)

¹³

5. Considerações Finais: Construção de mapas e a dimensão ético-política do psicólogo

*Todas as ciências de baixa tecnologia,
Todas as cores escondidas nas nuvens da rotina,
Pra gente ver, por entre os prédios e nós
Pra gente ver, o que sobrou do céu.*

(O Rappa)

O presente trabalho se constituiu a partir de um trajeto, processo esse que me surpreendeu inúmeras vezes. A riqueza dos dados oriundos dos relatórios e o trabalho de olhar crítica e profundamente esses dados, tentando trazer à tona os campos de forças dos discursos enunciados pelos alunos, muitas vezes fez com que eu mudasse os rumos e perspectivas da minha pesquisa. Minha análise propôs-se a mapear essa experiência através do olhar dos estudantes e, a partir desses dados, minha intenção foi destacar a multiplicidade e complexidade das composições vividas nesse processo.

Acredito que a análise das experiências dos docentes responsáveis pela supervisão desse trabalho grupal, das mulheres participantes e da equipe da unidade básica são essenciais para que possamos compreender melhor o processo de constituição desse grupo, não na intenção de restringir ou de padronizar, mas na perspectiva de ampliar a compreensão dessa tentativa de produzir saúde na atenção básica, desafio de muitos profissionais da área.

Portanto, ressalto a importância da confecção de mapas dos diferentes agentes que produzem trabalho visando à saúde e ao cuidado, seja grupal ou não; ele pode deixar ver muitas linhas se for pensado como um dispositivo.

Penso também que trabalhos como esse sejam de suma importância dentro da psicologia, pela proposta de discutir políticas públicas como o SUS, o que, dentro da história da Psicologia, acaba sendo feito de forma pouco efetiva, tornando-se quase “opcional” ao psicólogo (Benevides, 2005). Porém, como a autora resgata, se pensamos as formas de subjetivação além da dicotomia indivíduo-sociedade, aproximar-se das políticas públicas é aproximar-se daquilo que produz os sujeitos cuidados, sendo então uma aposta ética pensar as políticas de uma sociedade.

Pensar-fazer políticas de saúde exige, então, criação de dispositivos, exige criação de espaços de contratualização entre os diversos atores que compõem as redes de saúde, exige um estar com o outro: usuário, trabalhador, gestor. Aqui certamente a Psicologia pode estar, aqui ela pode fazer intercessão. Insistimos, não basta à distância formular, regular, controlar políticas, é preciso criar modos, criar dispositivos, que dêem suporte à experimentação das políticas no jogo de conflitos de interesses, desejos e necessidades de todos estes atores. (Benevides, 2005, p.24)

Essa é psicologia que se produziu em mim nesses seis anos, e é essa ética-política que o presente trabalho, na proposta de ser uma ferramenta para os colegas profissionais da saúde, representa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, Intersubjetividade e Práticas de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(1), 2001; 63-72.

BEAUVOIR, S. *O Segundo Sexo – Vol I- Fatos e Mitos*. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1984.

BENEVIDES, R. PASSOS, E. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Passos, E; Kastrup, V; Escóssia, L.(org.). *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Sulina, 2009; 17-30.

BARROS, R. B. Dispositivos em ação: o grupo. In: LANCETTI, A. (org.). *Saúde e loucura* n°6. São Paulo: Hucitec, 1997; 97-106.

_____. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, 17(2) : 21-25, 2005.

_____. Grupo e produção. In.: BAREMBLITT, Gregório et al. *Revista Saúde E Loucura* n°4, São Paulo, Hucitec, 1994; 145-154.

_____. *Grupo: formação de um simulacro*. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, 2009.

BARROS, R. B., PASSOS, E. Por uma política da narratividade. In: Passos, E; Kastrup, V; Escóssia, L.(org.). *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Sulina, 2009: 150-171.

BEZERRA JUNIOR, B. C. . Grupos: cultura psicológica e psicanálise. In: Antonio Lancetti. (Org.). Saude e loucura: grupos e coletivos. São Paulo: Hucitec, 1994, 4 : 129-144.

CARRET MLV. et al. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. Revista de Saúde Pública. São Paulo: 2004; 38(1):76-84.

CYRINO E.G. & TORALLES-PEREIRA M.L. Trabalhando com estratégias de ensino aprendido por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. In: Cad. Saúde Pública 20 (3) Rio de Janeiro, 2004

CAPOZZOLO, A. et al. Clínica comum dos profissionais de saúde – relato da experiência de formação em implantação no eixo do trabalho em saúde – UNIFESP- Campus Baixada Santista. 8º Congresso Rede Unida , 2009

COSTA, J,F. Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias. Ed.Campus, Rio de janeiro,1989;

DELEUZE, G. O que é um dispositivo. In: O mistério de Ariana. Ed. Veja –Passagens, Lisboa, 1996.

FEUERWERKER, L. Educação dos profissionais de saúde hoje- problemas, desafios, perspectivas, e as propostas do Ministério da Saúde. Rev. ABENO. São Paulo, 2003; 3(1): 24-27.

FREIRE, M. O que é um grupo? In: Paixão de Aprender, ano I, 2000.

GARRIDO R.; MENEZES, P.R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. Revista de Saúde Pública. São Paulo 2004; 38 (6): 835-841.

GONDIM G.M. & MONKEN M. Territorialização em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. 2009. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>. 2009 Acessado em: 22 de agosto de 2011

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. Psicologia e Sociedade, 2007; 19(1): 15-22.

LIBERMAN, et Al. Cartografias femininas: A constituição de um grupo de mulheres na Zona Noroeste- Santos. Santos, 2009; 17f. (Texto digitado).

LANGBECKER, A. Mulheres, saúde e grupalidade: estudo do grupo de convivência Reviver, Botucatu, SP. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista. Botucatu, 2010.

MELO, H. P. O Trabalho Industrial no Feminino. IN: CEPAL. “Emprego Feminino no Brasil: Mudanças Institucionais e novas inserções no mercado de trabalho”. Disponível em <www.eclac.cl>. Acesso em 5 de março de 2005; 33-52.

MENDES EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2010 15(5): 2297-2305

MENEGHEL S.N. et al . Cotidiano Violento: oficinas de promoção em saúde mental. Porto Alegre: Ciência e Saúde Coletiva. 2000; 5(1):193-203.

_____. Cotidiano ritualizado: grupos de mulheres no enfrentamento à violência de gênero. Rev Ciênc Saúde Colet. 2005; 10(1):111-8

MITRE, M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciênc. saúde coletiva; dez. 2008; 13 : 2133-2144.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE . Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996.

PINZON, V; NOGUEIRA, F.C. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. Rev. psiquiatr. clín. [online], 2004; 31(4): 158-160

SCOTT, J. W. A Mulher trabalhadora. IN: DUBY, Georges; PERROT, Michele. História das Mulheres no ocidente. Século XIX. Porto: Edições Afrontamento, 2001, 4:443-475.

SOARES, C.& OLIVEIRA, S. Gênero, estrutura ocupacional e diferenças de rendimento. Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambu: setembro de 2004.

TEDESCO, S. & LIBERMAN, F. O que fazemos quando falamos em vulnerabilidade? Rev. O Mundo da Saúde. São Paulo, 2008, 32 (4).

TUONO V. et al. Transtornos Mentais e Comportamentais nas mulheres em idade fértil. Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2007; 16 (2):85-92.

UNIFESP B. S. Projeto político-pedagógico. Pró- Reitoria de Graduação, 2006.

ZAGO, A. et al. Mortalidade por câncer de mama em mulheres na Baixada Santista, 1980 a 1999. Revista de Saúde Pública. São Paulo, 2005; 39(4) :641-645.

ZOURABICHVILI, F. O Vocabulário de Deleuze. Trad. André Telles. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 2004

ANEXO I- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA A AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA

Título da pesquisa: CARTOGRAFIAS FEMININAS: A CONSTITUIÇÃO DE UM GRUPO DE MULHERES NA ZONA NOROESTE-SANTOS A PARTIR DO OLHAR DE ESTUDANTES NO MÓDULO “CLINICA INTEGRADA: PRODUÇÃO DE CUIDADO”

Solicito seu consentimento para citação do nome do eixo Trabalho e Saúde e do módulo “Clínica integrada: Produção de cuidado” e para a utilização dos relatórios e diários de campo produzidos pelos grupos de alunos durante o módulo nos anos de 2009 e 2010 na pesquisa intitulada CARTOGRAFIAS FEMININAS: A CONSTITUIÇÃO DE UM GRUPO DE MULHERES NA ZONA NOROESTE- SANTOS A PARTIR DO OLHAR DE ESTUDANTES NO MÓDULO “CLINICA INTEGRADA: PRODUÇÃO DE CUIDADO”, um estudo conduzido pela aluna Yara Rodrigues de Sá, sob orientação da Prof^ª Dr^ª FLÁVIA LIBERMAN, da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). O objetivo do estudo é problematizar a constituição de um dispositivo grupal, localizar suas potencialidades e seus desafios, a partir da perspectiva de alunos que participaram do processo de constituição desse grupo ao cursar o módulo “Clínica Integrada: Produção de cuidado”, visando assim gerar um instrumento de reflexão sobre a clínica interdisciplinar com mulheres em vulnerabilidade social. As informações obtidas serão organizadas e analisadas em conjunto com a professora, não sendo divulgada a identificação de nenhum estudante e mulher que tenha participado do grupo. Você(s) também tem (êm) direito de ser(em) atualizado(s) sobre os resultados parciais dessa pesquisa, ou de resultados que sejam do conhecimento do pesquisador. Não há despesas ou compensações financeiras nem de qualquer outra espécie para o eixo e o pesquisador em qualquer fase do estudo. Em qualquer etapa do estudo, você(s) pode(m) ter acesso a orientadora da pesquisa, a. Prof^ª Dr^ª FLÁVIA LIBERMAN na Av. *Saldanha da Gama*, 89, *Ponta da Praia*, Santos- SP, telefone(s) 3261-3320 ou (11)9575-6825 ou pelo e-mail: estudiofla@uol.com.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua

Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail:

cepunifesp@epm.br

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li, descrevendo o estudo CARTOGRAFIAS FEMININAS: A CONSTITUIÇÃO DE UM GRUPO DE MULHERES NA ZONA NOROESTE- SANTOS A PARTIR DO OLHAR DE ESTUDANTES NO MÓDULO “CLINICA INTEGRADA: PRODUÇÃO DE CUIDADO. Eu discuti com o pesquisador sobre a minha decisão em autorizar a citação do nome do eixo Trabalho e Saúde e do módulo “Clínica integrada: Produção de cuidado” e a utilização dos relatórios e diários de campo produzidos pelos grupos de alunos durante o módulo do eixo Trabalho e Saúde nos anos de 2009 e 2010 nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus possíveis desconfortos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha autorização do estudo e concordo em autorizar.

Assinatura do(a) coordenador(a) do eixo Trabalho em Saúde:

Data / /

Declaro que obtive o consentimento livre esclarecido desta pessoa para realizar este estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data / /